

はじめて来院された方へ

日本語が話せる ・ 話せない

ふりがな			受診する方のお名前		男 Male ・ 女 Female
Child's Name					
愛称 Nick name	生年月日 Birth date	体重	年齢 Age		
	年 月 日	g / kg	才 ヶ月		
自宅住所 Address			電話 Phone		
〒			携帯 ・ 固定		
			【父・母・その他()】		
(帰省されているかたはご実家の連絡先もご記入ください)			帰省先TEL		
帰省先住所					
当院を受診したことがあるご兄弟がいたらおしえてください お名前()					

今日はどういうことで来院されましたか？

- ・予防接種Vaccination ・ 健診health checkup
 - ・発熱fever(今日の熱 °C) ・頭痛headache ・せきcough ・鼻水runny nose ・のどが痛いsore throat
 - ・吐き気nausea ・おう吐vomiting ・おなかが痛いabdominal pain ・下痢diarrhea
 - ・その他others()
- 上記の症状はいつからですか？How long ()
- 上記の症状で、受診・処方を受けたことはありますか？ ない ・ ある (←お薬手帳をご準備ください)
- 同じ症状のご家族はいますか？ いない ・ いる (どなたですか？)
- 他の医療機関からの紹介状はありますか？ ない ・ ある (←受付へ提出ください)

出生についておうかがいします

- ・出生した病院をおしえてください ()
- ・在胎週数 ()週 ・出生体重 ()グラム
- ・出生時の異常はありましたか？ なし ・ あり ()

今までに けいれんをおこしたことはありますか？

なし ・ あり 熱性けいれん ()回 無熱性けいれん ()回

アレルギーについておうかがいします

- ・今まで食べ物や薬・注射などで発疹がでたことがありますか？
ない ・ ある (品名)
- ・今まで指摘されたことがある疾患はありますか？
気管支喘息 ・ アレルギー性鼻炎 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 食物アレルギー (食品名)
- ・ご家族の方にアレルギー体質(喘息・食物アレルギー・花粉症)の方はいますか？
わからない ・ いない ・ いる

※継続的に使用しているお薬がある方は、お薬手帳をご準備ください

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証のご利用にご協力をお願いいたします。
医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)
加算1:4点 (2023年4月~12月は特例措置として6点)
加算2:2点・・・マイナ保険証を利用した場合